UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1949 N° 56

Contribution à l'Etude DES Kystes aériens suppurés du Poumon chez l'Enfant

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Juillet 1949

PAR

Louis GOUBIN

Membres du Jury

MM. SOREL..... *Président*
MOREL..... } *Assesseurs*
GADRAT..... }
P. DAMBRIN.. }
LASSERRE .... *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE P. JULIA, 2, RUE TEMPONIÈRES

1949

Louis GOUBIN

Contribution
à l'Etude des Kystes aériens suppurés
du Poumon chez l'Enfant.

Toulouse. Imprimerie P. JULIA.
1949, in-8° (36 pages).

(*Thèse Médecine, Toulouse,* n° 56)

Louis GOUBIN

Contribution
à l'Etude des Kystes aériens suppurés
du Poumon chez l'Enfant.

Toulouse. Imprimerie P. JULIA.
1949, in-8° (36 pages).

(*Thsèe Médecine, Toulouse,* n° 56)

Louis GOUBIN

Contribution
à l'Etude des Kystes aériens suppurés
du Poumon chez l'Enfant.

Toulouse. Imprimerie P. JULIA.
1949, in-8° (36 pages).

(*Thèse Médecine, Toulouse,* n° 56)

Louis GOUBIN

Contribution
à l'Etude des Kystes aériens suppurés
du Poumon chez l'Enfant.

Toulouse. Imprimerie P. JULIA.
1949, in-8° (36 pages).

(*Thèse Médecine, Toulouse,* n° 56)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548925_0108

Contribution à l'étude

des Kystes aériens suppurés

du poumon chez l'enfant

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1949 N° 56

Contribution à l'Etude

DES

Kystes aériens suppurés du Poumon chez l'Enfant

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Juillet 1949

PAR

Louis GOUBIN

Membres du Jury

MM. SOREL..... *Président*
MOREL.....
GADRAT..... *Assesseurs*
P. DAMBRIN..
LASSERRE.... *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE P. JULIA, 2, RUE TEMPONIÈRES

1949

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN. . . . . MM. LEFEBVRE.
ASSESSEUR. . . . . BRUSTIER.
Doyens honoraires. . . . . GORSE — CALVET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD — MM. RISPAL — MM. MERIEL — MM. RIBAUT.
CLERMONT — LAFFORGUE — GARIPUY — SERR.

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie. . . . . MM. RISER.
Clinique médicale. . . . . TAPIE (J.), ROQUES.
Clinique obstétricale. . . . . GUILHEM.
Physiologie. . . . . SOULA.
Clinique chirurgicale et du Cancer. . . . . DUCUING.
Physique biologique et médicale. . . . . BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . . NANTA.
Chimie et Toxicologie. . . . . BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale. . . . . SENDRAIL.
Clinique chirurgicale et gynécologie. . . . . LEFEBVRE.
Anatomie. . . . . VALLOIS. LAZORTHES.
Histoire naturelle. . . . . DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture. . . . . SOREL. R.
Pharmacie. . . . . CAUJOLLE.
Pathologie interne. et Clinique des Maladies de la Tuberculose. . . . . MOREL.
Bactériologie, hygiène, médecine sociale. . . . . ANDRIEU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie. . . . . VIRENQUE.
Clinique des maladies des voies urinaires. . . . . FABRE (P.).
Matière médicale. . . . . VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie. . . . . MERIEL
Anatomie pathologique. . . . . FABRE (J.).
Clinique O. R. L. et de chirurgie maxillo-faciale. . . . . CALVET.
Clinique ophtalmologique. . . . . CALMETTES.
Chimie biologique. . . . . VALDIGUIÉ (P.)
Médecine légale et du Travail. . . . . PLANQUES.
Histologie et Embryologie. . . . . BROUSSY.
Médecine Sociale. . . . . BOUNHOURE

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie. . . . . BAISSET.
Anatomie. . . . . COULOUMA.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Anatomie. . . . . MM. FOULHÊS ch. de f.
Histologie. . . . . BIMES, ch. de f.
Médecine. . . . . GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAFORTE (J.)
Chirurgie. . . . . GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFE.
Obstétrique. . . . . DAMBRIN (P.).
Odonto-Stomatologie. . . . . PONTONNIER ch. de f.
Ophtalmologie. . . . . CADENAT.
Physique médicale. . . . . DEODATI.
Pharmacie. . . . . MARQUÈS.
Chimie générale pharmaceutique. . . . . COUTURIER.
Histoire naturelle pharmaceutique. . . . . BLANC.
. . . . . Mme DULUCQ-MATHOU.

BIBLIOTHÈQUE LAPORTE

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes. . . . . MM. GUILHEM.
Cours d'anatomie physiologique et pathologie élémentaire aux élèves sages-femmes. . . . . GUILHEM.
Chimie biologique. . . . . VALDIGUIÉ (P.).
Chimie minérale. . . . . BLANC.
Physique pharmaceutique. . . . . AUVERGNAT.
Dermatologie et Syphiligraphie. . . . . BAZEX.
Législation pharmaceutique. . . . . BOUISSET.
Microbiologie. . . . . BOUISSET.
Clinique de la Tuberculose. . . . . MOREL L. DAMBRIN (P.)
Parasitologie. . . . . LASSERRE.
Botanique et Cryptogamie. . . . . Mme DULUCQ-MATHOU.
Chimie analytique. . . . . MM. BLANC.
Hydrologie et géologie. . . . . ASTRE.
Anatomie médico-chirurgicale. . . . . THOMAS.
Pharmacodynamie. . . . . BAISSET.
Bactérioologie et Hygiène. . . . . LAPORTE.
Urologie. . . . . LHEZ.
Ophtalmologie. . . . . DEODATI.
Neuro-chirurgie. . . . . LAZORTHES.
Oto-Rhino-Laryngol. . . . . CLAUX.

Secrétaire de la Faculté. . . . . ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891.)

A MES GRAND' MERES

A MON PERE ET A MA MERE

Je dédie ce travail en témoignage de mon profond attachement et de ma grande reconnaissance.

A MA FEMME

Précieuse compagne des bons comme des mauvais moments.

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SOREL

Professeur de Clinique Médicale et de Puériculture.

Qui a bien voulu me faire le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse et m'en a inspiré le sujet.

En témoignage de ma profonde gratitude et de ma vive admiration.

A MON JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOREL

Professeur de Pathologie Interne et de Clinique de la Tuberculose.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GADRAT

Professeur Agrégé à la Faculté.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL DAMBRIN

Professeur Agrégé à la Faculté.

MONSIEUR LE DOCTEUR LASSERRE

Chargé de Cours à la Faculté.

INTRODUCTION

Depuis une quinzaine d'années surtout, la question des kystes aériens congénitaux du poumon a fait l'objet de très nombreuses publications. Un certain nombre de thèses très documentées ont été écrites sur ce sujet.

C'est pourquoi, laissant de côté les kystes aériens non compliqués, nous nous bornerons à étudier dans ce travail une des complications de ces kystes : leur supuration.

Nous verrons que cette complication est importante, car bon nombre de kystes absolument latents ne commencent à faire parler d'eux que le jour où ils s'infectent : c'est souvent à ce moment-là seulement que l'on fait le diagnostic rétrospectif de kyste aérien congénital.

Profitant d'un cas de kyste suppuré chez un enfant, que nous avons pu observer dans le service de notre maître, M. le professeur Sorel, nous ferons succcintement l'étude anatomo-pathologique et clinique de ces kystes et nous insisterons sur le traitement purement médical que nous avons appliqué avec succès au petit malade en question.

OBSERVATION

Gal... (Jean-Louis), neuf ans et demi.
Antécédents héréditaires : Parents bien portants.
Antécédents collatéraux : Deux frères en bonne santé.
Aucune maladie importante dans ses antécédents personnels.

Histoire de la maladie. — Le 24 octobre 1948, une cuti-réaction systématique se révèle positive chez cet enfant. Un examen radioscopique est d'abord pratiqué, qui montre :

1. Du côté droit : Des images d'infiltration marbrée assez dense, d'étiologie suspecte, des zones de projection intercléïdo-hilaire et périscissurale du lobe supérieur avec des tractus linéaires obliques et horizontaux de scissurite des deux interlobes, une accentuation manifeste de l'ombre du hile qui apparait épaissi par une grosse adénopathie, enfin un empâtement très marqué du dessin des travées de la zone paramédiastinale sous-hilaire par densification du parenchyme péri-broncho-vasculaire correspondant (péri-bronchite congestive ou poussée congestive sur des bronchectasies).

L'ampliation de l'hémicoupole phrénique est un peu diminuée.

Le sinus cardio-phrénique est clair, libre et bien déhiscent.

Le sinus costo-diaphragmatique est légèrement gris. Il s'ouvre mal à sa pointe, mais ne semble pas manifestement symphysé.

2. Du côté gauche : Petite surcharge cicatricielle du hile (micronodules calcifiés). Le dessin des arborisations vasculaires émanant de la corne supérieure est accusé jusqu'à l'apex mais il n'y a pas d'image d'infiltration ou de densification du parenchyme.

Aucun aspect d'adénopathie.

Pas de lésion pleurale appréciable.

Les sinus sont clairs, libres et déhiscents.

Hémicoupole phrénique distendue et notablement surélevée (« mégadiaphragme » ou « éventration diaphragmatique » suivant les auteurs).

Volumineuse bulle gazeuse gastrique sous-jacente (aérogastrie).

En résumé : un complexe ganglio-pulmonaire dans le champ droit.

Mais un examen plus attentif sur un cliché radiographique révèle dans le champ pulmonaire droit une image claire annulaire qui parait être un kyste aérien congénital.

Le 5 mars 1949, l'enfant présente un épisode aigu fébrile à début brutal.

L'auscultation révèle un bloc de condensation dans la base du poumon droit. Le médecin de famille institue un traitement pénicilline par voie intra-musculaire, mais la température continue à présenter des grandes oscillations.

Le petit malade entre le 10 mars dans le service du professeur Sorel. L'état général est assez bon. A l'auscultation, on note un bruit de flot par succussion hippocratique à la base droite.

Lexamen radioscopique montre une image hydro-aérique à l'emplacement même du kyste aérien.

La ponction ramène un pus épais, crémeux, filant avec des glaires striées de sang : on en retire environ 300 cc. en position couchée et on injecte dans la cavité une solution contenant 0 gr. 50 de streptomycine, 500.000 unités de pénicilline et 1 gr. de solumédine. Le laboratoire ne trouve pas de germes à l'examen direct.

Le traitement général est composé d'une injection de 50.000 unités de pénicilline toutes les trois heures pendant neuf jours, accompagnée d'une injection de 0 gr. 25 de streptomycine matin et soir.

Le malade, qui avait 38°6 de température le jour de son arrivée à l'hôpital, ne présentait plus de fièvre deux jours après.

A partir du 19 mars, on réduit le traitement général à une injection, matin et soir, de 100.000 unités de pénicilline-retard, et le 25 mars on cesse les injections.

Pendant ce temps on ponctionne de nouveau à deux reprises :le 12 mars on évacue 500 cc. de pus et on injecte dans la poche une solution contenant 250.000 unités de pénicilline, 0 gr. 25 de streptomycine et 1 gr. de solumédine; le 21 mars la cavité est plus difficile à trouver, il faut ponctionner très haut et sous contrôle radioscopique : on retire 60 cc. de pus crémeux et on injecte 500.000 unités de pénicilline avec 1 gr. de solumédine.

A partir de ce moment le contenu du kyste, qui est fait uniquement des liquides injectés à titre thérapeutique, va se résorber très lentement : il semble que les parois de ce kyste soient très peu perméables.

Le 8 avril on fait plusieurs tomographies qui montrent la vacuité presque totale du kyste; il ne reste que quelques centimètres cubes dans le fond. Les coupes à 6 et à 8 cm. du plan dorsal mettent en évidence d'une façon très nette une grosse cavité kystique, celle qui s'était infectée, et d'autres plus petites, en particulier une bulle grosse comme une petite mandarine au dessus du gros kyste. On ne voit rien d'anormal dans le poumon opposé.

Le malade sort du service le 9 avril 1949.

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Les examens macroscopiques qui ont été pratiqués à l'occasion d'un acte opératoire ou d'une autopsie ont montré que les kystes aériens pulmonaires étaient constitués par une masse sphérique blanc rosée, non transparente, très difficile à séparer du parenchyme pulmonaire et recouverte d'une plèvre opaque et jaunâtre. L'ouverture du kyste suppuré montre une cavité à contenu hydro-aérique, le liquide étant un pus épais, crémeux.

La paroi est soulevée par des piliers délimitant des logettes, qui permettent de la comparer à la pointe d'un ventricule cardiaque. On constate enfin l'abouchement dans le kyste de deux ou trois orifices bronchiques, qui ne sont d'ailleurs pas toujours perméables. Pruvost et ses élèves, en étudiant les kystes aériens de moyen volume, ont été frappés par l'atrésie bronchique, constaté à la bronchoscopie, et par la difficuté d'injecter les bronches au lipiodol; ils se sont demandés s'il ne s'agissait pas d'anomalie congénitale des bronches, ou d'un tassement de celles-ci, dans les cas de kystes nombreux. Il est possible aussi que ce soit l'infection elle-même qui réalise l'obturation de ces orifices primitivement ouverts : le fait que certaines suppurations kystiques sont parfois suivies d'une poussée de distention gazeuse aboutissant à la formation d'un kyste ballon permet de penser que l'infection contribue à accélérer ou à déclencher cette hypertrophie kystique rapide.

La surface interne de la poche est généralement lisse, brillante, nacrée, à condition toutefois que la suppuration soit assez récente et qu'elle n'ait pas eu le temps d'altérer la paroi. Cet aspect nacré de la paroi explique sans doute la lenteur de résorption à travers cette paroi, fait qui a été constaté dans notre observation, les liquides thérapeutiques injectés dans la cavité demeurant longtemps dans celle-là, comme si la paroi était imperméable.

A l'examen microscopique, on trouve sous un épithelium de type cubique toujours plus ou moins desquamé par la suppuration, une paroi kystique ayant les caractères d'une paroi bronchique, c'est-à-dire du tissu fibreux plus ou moins abondant, des fibres concentriques de muscle lisse et des éléments cartilagineux. On voit quelquefois des glandes muqueuses qui sont alors des glandes en grappes. Cette couche conjonctive renferme de nombreux néo-vaisseaux capillaires, cette dysplasie vasculaire existant non seulement dans la paroi du kyste, mais encore à une certaine profondeur, les artères étant nombreuses, épaisses et fibreuses. Cette particularité permet d'expliquer les hémoptysies fréquentes chez les porteurs de kystes aériens et la fréquence des hémorragies très importantes qui suivent les exérèses de ces kystes.

En terminant ce chapitre, insistons avec Roubier sur l'importance pratique de l'examen histologique : lorsque l'on constate que la paroi est tapissée à sa surface par un épithelium cubique, on peut affirmer la nature kystique de la cavité suspecte. Sergent, Durand, Kourilsky et Patalano ont publié une observation de kyste pulmonaire isolé, latent, révélé par la suppuration et qui simulait à s'y méprendre un abcès pulmonaire : le diagnostic de kyste aérien suppuré n'a pu être posé qu'après examen histologique de la paroi.

SYMPTOMATOLOGIE

Avant de décrire les signes particuliers aux kystes suppurés du poumon, il est indispensable de rechercher les signes des kystes aériens non compliqués. Il sera quelquefois difficile en effet de diagnostiquer une suppuration kystique si l'on n'a pas la notion préalable de l'existence d'un kyste congénital. Il faudra donc rechercher dans les antécédents du malade les signes qui pemettront de soupçonner leur présence latente. Bien souvent ce sera chose impossible, et si l'on ne pense pas aux kystes aériens devant toute suppuration pulmonaire atypique, on risquera de commettre des erreurs de diagnostic. Pruvost et son école ont beaucoup insisté sur la nécessité de mettre à leur place les kystes aériens du poumon dans l'étiologie des suppurations pulmonaires, cette suppuration étant très souvent le premier signe révélant leur existence. Les mêmes auteurs rappelent que « ceci ne doit pas nous surprendre lorsqu'on se rappelle qu'il en est ainsi pour les dilatations des bronches; nous les découvrons à l'occasion d'une hémoptysie ou d'une suppuration alors qu'elles existent en réalité depuis de longues années ».

Les kystes aériens n'ont pas de symptomatologie propre.

Les signes fonctionnels sont :

1. La *dyspnée,* qui s'accompagne habituellement de points de côté douloureux;

2. La *cyanose,* qui se manifeste surtout dans les gros kystes ballons;

3. La *toux,* qui n'a pas de caractère spécial;

4. L'*expectoration,* qui manque totalement dans les formes aériennes pures, et même dans certaines formes suppurées.

Les signes physiques ne sont vraiment caractéristiques que dans les kystes aériens compliqués, et c'est ce qui explique que les formes pures restent si longtemps méconnues. Dans le cas de kystes ballons on aura les signes du pneumothorax. Dans le

cas de kystes infectés on se trouvera devant un tableau de bronchite chronique avec respiration soufflante et petits foyers de râles sous crépitants.

Tels sont les symptômes qui peuvent attirer l'attention du praticien et lui permettre de penser à un kyste aérien congénital du poumon. Mais ce kyste reste rarement à l'état pur. Sorel, Lasserre et Claux ont insisté sur la notion que les enfants porteurs de kystes présentaient « du fait de leur lésion pulmonaire une fragilité respiratoire telle qu'à la moindre infection, une banale atteinte rhino-pharyngée par exemple, les agents microbiens vont se localiser et la deuxième phase, de kyste suppuré, va alors commencer ». Pearson, Siems' Clairmont, Elœsser et Sauerbruch ont fait des cultures de crachats et ont trouvé plusieurs fois le bacille de Pfeiffer, ce qui implique une infection banale des voies aériennes. Dans d'autres cas ce sera une infection plus générale qui par voie sanguine ou autre viendra compliquer l'évolution latente de ces kystes.

Chez un malade de Pruvost, c'est une staphylococcémie partie d'une ostéite tibiale qui révelera de cette façon des kystes du poumon droit; chez un malade de Debré, c'est une rougeole qui déclenchera cette complication; chez un malade de Dufourt c'est une coqueluche, puis un épisode grippal qui font suppurer les kystes. Pruvost rapporte même un cas où la suppuration apparut à l'ocasion d'une atteinte de l'état général, d'un amaigrissement très prononcé causés par une sténose du pylore avec vomissements incoercibles.

Par quels symptômes va se manifester cette suppuration kystique ? Il nous faut distinguer les formes avec communication bronchiques des formes complètement isolées.

Dans le premier cas on retrouvera avec plus ou moins de netteté les symptômes dus à la présence de pus dans les poumons, c'est-à-dire, en plus des signes fonctionnels que nous avons énumérés plus haut, de la fièvre, une atteinte de l'état général, une haleine fétide, des hémoptysies et des vomiques généralement fractionnées. C'est le tableau des épanchements purulents enkystés.

Dans le second cas les signes seront encore moins nets : dans

notre observation, nous n'avons pu noter que de la fièvre, un bloc de condensation à la base droite et un bruit de flot par succussion hippocratique, symptômes qui orientent vers le diagnostic de pyo-pneumothorax.

En résumé, les signes physiques sont banaux et varient d'ailleurs suivant les dimensions de la poche et l'importance de sa communication avec la bronche. Tout cet ensemble symptomatologique n'a en somme rien de pathognomonique. Il est donc nécessaire de recourir à la radiographie.

RADIOLOGIE

Seules les méthodes radiographiques modernes sont capables de dénicher au sein du parenchyme vivant les fines images des kystes aériens congénitaux Ce sont d'ailleurs les progrès réalisés dans la technique radiologique qui ont attiré l'attention des médecins sur ces kystes, et ont permis d'en faire plus souvent le diagnostic.

Radiologiquement les kystes aériens suppurés se présentant sous l'aspect d'une image hydro-aérique avec une partie inférieure opaque et une partie supérieure aérienne bordée par un liseré très fin. Entre les deux, le niveau liquidien est horizontal à l'examen debout et varie suivant la position que l'on fait prendre au malade. Ce qui frappe surtout c'est la régularité du contour qui est presque géométrique. De plus on ne trouve pas de condensation périphérique, l'image étant en plein parenchyme sain. Il importe aussi de noter que la membrane qui limite la poche dans sa partie aérienne est mince et régulière, son épaisseur ne dépendant pas de la durée de la suppuration intrakystique.

Sergent et Kourilsky ont montré que la limite supérieure de l'image au dessus du niveau est distincte de la paroi costale et culmine en dôme : ce signe prouve que la collection est intrapulmonaire. Pour ces auteurs, les deux signes essentiel qui permettent de rapporter à un kyste suppuré une image hydro-aérique sont les suivants :

1. La régularité externe des contours;

2. La permanence extraordinaire de l'image radiologique au cours de l'évolution; cette image persiste avec tous ses caractères durant des mois, des années, sans entrainer ni rétraction, ni sclérose, et survit à toutes les opérations de drainage.

Nous ne pouvons pas terminer cette étude radiologique sans dire quelques mots de la tomographie. Par l'étude de trois obser-

vations de kystes aériens du poumon, MEERSSEMAN, BUFFÉ, DURAND et GALLOIN sont arrivés aux conclusions suivantes : «La méthode stratigraphique confirme ici l'excellence des résultats qu'elle a déjà donnés dans d'autres affections pulmonaires : limitant l'image radiographique à un plan déterminé et éliminant les effets de superposition, ellle donne des images remarquablement pures des kystes aériens, dont les contours se présentent sous forme d'un mince liséré continu, au lieu de se superposer en tractus arciformes intriqués du fait de la projection simultanée des kystes voisins ».

Nous ajouterons que dans certains cas la tomographie met en évidence des kystes qui étaient passés complètement inaperçus et ces cas sont plus fréquents qu'on ne le pense. Il apparait donc indispensable à l'heure actuelle d'utiliser la technique statigraphique dans l'étude de tout kyste aérien pulmonaire.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif résulte des multiples moyens que le médecin peut mettre en œuvre pour étudier la fonction respiratoire. Les signes cliniques, quoique peu précis en général, gardent une certaine valeur si on corrobore leurs indications par la radiologie. Il faut y ajouter l'épreuve du test thérapeutique qui est également un moyen de diagnostic appréciable à défaut des autres. En effet, une caverne qui ne s'affaisse pas sous un pneumothorax artificiel attire l'attention sur l'existence possible d'une autre lésion; les abcès qui ne guérissent pas malgré un traitement correct, les pleurésies atypiques, tous ces échecs thérapeutiques amènent le praticien à réformer son diagnostic et à soupçonner un kyste aérien du poumon.

Dans certains cas le médecin pourra recourir à certaines méthodes d'exception, telles que la bronchoscopie, la pleuroscopie, la ponction évacuatrice suivie ou non d'une injection d'huile iodée intra-kystique,, la thoracoscopie et la manométrie.

« En vérité, comme le dit HOTINEL, quel que soient les moyens employés, il est vain de chercher à tout prix des signes pathognomoniques qui n'existent pas; il est préférable de constituer des groupements symptomatiques caractéristiques, lesquels, malgré la complexité des symptômes nous guideront sûrement au diagnostic positif. »

Après ces indications sur la façon de concevoir le diagnostic positif, nous allons maintenant envisager les différences qui existent entre les kystes aériens suppurés et certains syndromes pulmonaires qui leur ressemblent.

1. *Pleurésie purulente enkystée:* La clinique est impuissante à éviter l'erreur; seul l'examen radiographique donne la clé du diagnostic, en nous montrant une image hydro-aérique arrondie intra-parenchymateuse dont la limite supérieure est en dôme, alors que la limite supérieure des pleurésies enkystées

est arciforme, à point de départ pariétal; de plus, ces dernières s'accompagnent de rétraction thoracique lorsqu'elles sont anciennes. Enfin l'épaisseur totale du kyste et de la plèvre est moins importante que cellle que représenterait la plèvre pariétale d'un empyème chronique.

2. *Abcès pulmonaire :* Cliniquement aucun symptôme ne peut trancher le problème. Radiographiquement on pensera plutôt au kyste pulmonaire lorsque le contour de la poche sera régulier, comme tracé au compas dans le parenchyme, et lorsqu'il n'y aura pas de condensation périphérique. Il faut se défier des abcès pulmonaires trop parfaitement réguliers, trop volumineux et à double contour. De plus l'image kystique a une fixité remarquable, alors que celle de l'abcès se remanie sans cesse. Sergent et ses élèves, qui ont bien étudié ce diagnostic différentiel, pensent qu'un grand nombre de suppurations pulmonaires à pathogénie douteuse sont dues à des kystes aériens congénitaux.

3. *Kyste hydatique suppuré :* Dans ce cas la radiographie montre une opacité dense, homogène, entourée d'un parenchyme modifié, et non une clarté arrondie. Cependant un kyste aérien peut simuler un kyste hydatique, comme chez un malade de Tapie et Gourdon, où le contenu intra-kystique était tellement épais que l'image n'était pas hydroaérique; elle rappelait plutôt l'image en croissant décrite par Morquio dans les kystes hydatiques. Heureusement, l'examen clinique permet le diagnostic : en effet, dans le cas de kyste aérien suppuré, l'interrogatoire au point de vue des antécédents est négatif, et les sympthômes cliniques absents : pas d'émission de scolex, pas de vomique eau de roche, pas d'urticaire. En outre les réactions de Weinberg et Casoni sont négatives.

4. *Caverne tuberculeuse :* Chez un pseudo cavitaire, l'absence d'antécédents bacillaires, la cuti-réaction négative et la bacilloscopie négative permettent déjà d'écarter le diagnostic de tuberculose excavée. Dans le cas de kyste pulmonaire, la radiographie montre une image annulaire finement cerclée qui n'est pas la spélonque caractéristique. D'autre part le poumon avoisinant ne porte aucune empreinte réactionnelle : clarté parfaite,

pas de trabéculations fibreuses. Enfin le pneumothorax artificiel n'entraine pas l'affaissement de ce kyste, du fait de sa structure anatomo-pathologique.

5. *Pyopneumothorax :* Pour différencier ce syndrôme d'un kyste suppuré, il faut faire un examen radiologique. Ce dernier met alors en évidence une image qui n'est pas celle du pyopneumothorax. On ne découvre pas dans la cage thoracique de zones deshabitées; il n'y a pas de moignon pulmonaire refoulé sur le hile et les culs de sac sont occupés par du parenchyme.

Disons un mot, pour terminer, des *bulles infectées :* Ce diagnostic se posera rarement surtout chez un enfant, car l'emphysème bulleux n'est pas fréquent dans le jeune âge; d'autre part les bulles d'emphysème sont rarement suppurées. Mais quand on y pense, le problème est très difficile à résoudre. Seule l'évolution qui montrera généralement la disparition spontanée des bulles d'emphysème permettra de différencier les deux affections.

TRAITEMENT

Quelle va être la conduite à tenir en face d'un kyste aérien suppuré tel que celui décrit dans notre observation ?

De nombreux traitements ont été proposés, ce qui tend à prouver qu'aucun d'eux n'a encore donné pleine et entière satisfaction.

La méthode la plus logique semblait être le drainage de la cavité kystique : après avoir provoqué une symphyse pleurale s'il y a lieu, on réalise un pneumotomie dans un second temps, afin d'évacuer le pus. L'expérience a montré que la guérison n'était pas obtenue; la cavité n'étant pas affaissée continue à suppurer et les malades doivent garder leur drain pendant plusieurs années.

La broncho-aspiration peut donner des améliorations importantes, mais n'est pas pratiquable dans les kystes sans communication avec les bronches.

On a essayé de faire des lavages de la poche kystique avec des solutions telles que l'acriflavine ou le nitrate d'argent sans obtenir de guérison.

Pensant que la béance de la cavité faisait persister la suppuration, certains auteurs ont proposé la phrénicetomie' utilisée surtout dans les kystes du lobe inférieur, et la thoracoplastie. Ces interventions sont inefficaces, ce qui s'explique aisément quand on songe que ces méthodes visent à réaliser une détente pulmonaire et non pas une compression; or la paroi kystique étant rigide de par sa nature anatomo-pathologique ne peut pas s'affaisser spontanément. D'ailleurs, en cas de succès partiel, ces opérations seraient dangeureuses à cause de la dissémination des lésions lors de l'affaissement ou de rétention purulente par coudure des bronches.

Devant l'échec des méthodes précédentes, certains chirurgiens ont tenté l'exérèse des kystes : de cette façon la paroi était supprimée et la cavité pouvait se fermer. Cependant les

résultats furent souvent désastreux, le malade mourrant au cours de l'opération. Sergent et Kourilsky se sont élevés contre cette intervention : « L'extirpation chirurgicale est à proscrire formellement sous peine d'hémorragies mortelles. La seule opération serait la lobectomie, mais elle n'est pas possible pour tous les kystes et reste malgré tout dangereuse ».

La lobectomie est préconisée en effet par les chirurgiens spécialisés comme l'opération idéale. Mais dans un certain nombre de cas la lobectomie elle-même ne suffit pas, les kystes étant disséminés dans plusieurs lobes, il faut faire alors une pneumonectomie quasi-totale, opération que le malade accepte rarement, son état général n'étant souvent pas très touché.

Il faut cependant traiter ces malades dès le début, car si une suppuration récente et passagère n'amène pas une grande modification des parois kystiques, il n'en va pas de même si cette suppuration se prolonge pendant des années. Il est donc indispensable de désinfecter d'une façon complète ces cavités kystiques, afin d'éviter cette période des déformations rétractiles contre lesquelles les interventions chirurgicales paraissent impossibles ou inutiles en raison de la multiplicité des foyers.

Le traitement médical permet d'obtenir la désinfection du kyste grâce à l'utilisation des antibiotiques. Tout en faisant un traitement général par la pénicilline et la streptomycine aux doses usuelles, on réalise un traitement local par ponctions évacuatrices suivies d'injections de mélanges thérapeutiques. On réalise pratiquement ce traitement de la façon suivante : la ponction d'un kyste suppuré risquant d'entrainer un pyo-pneumothorax, on s'assurera au préalable de l'existence ou non de la symphyse pleurale au niveau de ce kyste. Pour ce faire on se munira d'un trocart de Kuss et on essaiera de créer un pneumothorax : si ce dernier est impossible, c'est qu'il y a symphyse. Si par contre la plèvre est libre, on injectera en regard du kyste repéré par la radioscopie soit 1 cc. de la solution de Vendel (solution de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée à 30 %), soit 10 cc. de sang; on obtiendra ainsi une symphyse s'étendant sur un rayon de quelques centimètres autour du point d'injection.

Etant certain de l'existence d'une symphyse pleurale, on

pourra donc ponctionner sans danger et procéder à l'évacuation du liquide purulent; après quoi il suffira d'injecter dans la poche vide un melange de pénicilline, de streptomycine et de sulfaméthyldiazine.

Les ponctions devront être répétées jusqu'à ce que le liquide retiré soit clair, étant composé seulement des liquides injectés à titre thérapeutique à la ponction précédente.

Certes, on ne peut pas parler de guérison définitive, le sujet conservant son kyste une fois désinfecté, mais si celui-là ne s'est révélé que par la suppuration, tout porte à croire qu'il était bien supporté auparavant. Et Sergent nous dit que le kyste « peut rester des années sans se réinfecter et que le malade ne se réinfecte pas nécessairement. Mieux vaut dans tous les cas qu'il conserve son infirmité plutôt que de risquer une exérèse impossible, même au prix d'une lobectomie ».

CONCLUSIONS

La suppuration des kystes aériens congénitaux est une complication très intéressante à étudier, car elle révèle souvent l'existence de kystes restés latents.

Les signes cliniques sont fréquemment trompeurs, mais la radiologie et surtout la tomographie permettent habituellement d'arriver au diagnostic des kystes aériens suppurés.

Le traitement médical par ponctions suivies d'injections intra-kystiques d'antibiotiques est intéressant, car, outre qu'il n'est pas dangereux, il permet d'obtenir la guérison de la suppuration, tout au moins dans les formes sans communication bronchique.

Le Président de la Thèse,
SOREL

Vu : *Le Doyen,*
LEFEBVRE

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 18 Juin 1949
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

BARET (J.). — Les kystes aériens pulmonaires (*Thèse Paris*, 1938).

CATHALA et BRINCOURT. — Kystes aériens suppurés (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, p. 490, 16 avril 1937).

COLETSOS. — Les kystes aériens du poumon (*Thèse, Paris*, 1936).

DEBRÉ et GILBRIN. — Sur les kystes gazeux du poumon et les bronchectasies (*Presse médicale*, p. 1113, 11 juillet 1934).

DEBRÉ, MARIE, MIGNON, BIDOU. — Kyste congénital du poumon chez un nourrisson. Infection du kyste au cours d'une rougeole (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, p. 531, 23 avril 1937).

DEBRÉ, MARIE, MIGNON, BIDOU. — Kyste hydro-aérique congénital du poumon chez un enfant (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 23 avril 1937).

DUFOURT (A.). — Kystes aériens multiples infectés des poumons (*Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 15 mars 1938).

HUBER, GIBERT, FLORAND, HECTOR (Mme), BELLETOILLE. — Le diagnostic des kystes aériens du poumon (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, p. 522, 16 avril 1937).

HUTINEL. — Traitement chirurgical des kystes congénitaux du poumon (*Thèse Lyon*, 1941, n° 47).

LAPEYRE (Mlle). — De la création artificielle de la symphyse pleurale en chirurgie pulmonaire (*Thèse Paris*, 1940, n° 568).

LARGUÈCHE. — Kystes aériens du poumon (*Thèse Paris*, 1939, n° 342).

LEMANISSIER. — Symphyse pleurale provoquée artificiellement par injection de sang dans la plèvre (*Paris médical*, mai 1946).

MARIE (J.). — Kyste gazeux congénital du poumon. Formes infectées et hémoptoïques (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, p. 1208, 13 juillet 1936).

MAULINI. — Contribution à l'étude des kystes congénitaux du poumon (*Thèse Lyon*, 1941, n° 47).

MEERSSEMANN, BUFFÉ (R.), DURAND (P.), GALLOUIN (L.). — Kystes aériens du poumon. Intérêt de la technique stratigraphique (ou tomographique) pour leur étude. Trois observations (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, p. 487, 9 avril 1937).

OLMER. — Kyste aérien géant suppuré du poumon (*Archives de pédiatrie générale et coloniale*, n° 6, 1937).

PRUVOST, LEBLANC, DELORT et COLETSOS. — Formes cliniques et radiologiques des kystes aériens de volume moyen et de forme annulaire (*Presse médicale*, p. 1182, 24 juillet 1935).

PRUVOST, ISCH-WALL, RYMER, SCEMAMA. — Kystes aériens du poumon révélés au cours d'une septicémie à staphylocoques (*Presse médicale*, n° 50, p. 1005, 20 juin 1936).

PRUVOST, MEYER, ROY, DEPIERRE. — La suppuration des formations kystiques du poumon (*Presse médicale*, 19 novembre 1938).

PRUVOST. — Kystes aériens congénitaux du poumon (*Encyclopédie médico-chirurgicale : poumon*, tome I).

RIBADEAU-DUMAS (L.) et RAULT. — Dilatations des bronches dans le jeune âge. Kystes aériens du poumon (*Paris médical*, p. 381, 5 novembre 1932).

RIMBAUD, BÉTOULIÈRES, SERRE et Mlle BOURGAREL. — Kystes aériens du poumon révélés par leur infection (*Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, 21 mars 1942).

ROUBIER. — Bronchiectasie géante solitaire (*Lyon médical*, 6 février 1938).

SANTY, DUFOURT et GALY. — Rapport au XXVIe Congrès français de médecine (Paris, 16-18 octobre 1947).
Relaté par RIVET, dans la *Presse médicale*, n° 67, 15 novembre 1947.

SERGENT (E.), DURAND, KOURILSKY, PATALANO. — Les kystes aériens du poumon (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 23 février 1935).

SERGENT (E.). — Kyste congénital suppuré du poumon (*Presse médicale*, p. 1021, 20 juin 1936).

SERGENT (E.), KOURILSKY (R.). — Kystes congénitaux isolés et suppurés du poumon (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, p. 515, 16 avril 1937).

SOREL, LASSERRE et CLAUX. — Kystes du poumon et bronchectasie (*Toulouse médical*, p. 378, juin 1941).

Impr. P. JULIA, 2, rue Temponières — Toulouse